

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE 841

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean NOACHOVITCH

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Juillet 1935, à MONTMORENCY (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

**TECHNIQUE DE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE
APPLIQUÉE
AUX CICATRICES TRAUMATIQUES
DE PETITE DIMENSION DE LA FACE**

Président : A. SICARD, Professeur

LIBRAIRIE ARNETTE
PARIS

1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean NOACHOVITCH

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Juillet 1935, à MONTMORENCY (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

TECHNIQUE DE LA CHIRURGIE RÉPARATRICE

APPLIQUÉE

AUX CICATRICES TRAUMATIQUES

DE PETITE DIMENSION DE LA FACE

Président : A. SICARD, Professeur

LIBRAIRIE ARNETTE
PARIS

—
1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GAILLARD (H.), GAUDARD D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

Doyen	M. Gaston CORDIER.
1 ^{er} Assesseur	M. Daniel BARGETON.
2 ^e Assesseur	M. Paul CASTAIGNE.

I. — PROFESSEURS

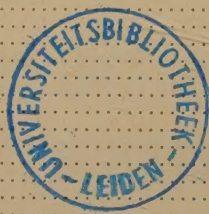
1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	—
Anatomie pathologique	—
Anesthésiologie	—
Biochimie médicale	—
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	—
Biologie médicale	—
Biophysique médicale	—
—	—
Cancérologie médicale et sociale	—
Chimie pathologique	—
Embryologie	—
Histoire de la médecine et de la chirurgie	—
Histologie	—
Hygiène et médecine préventive	—
Médecine du Travail	—
Médecine légale	—
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	—
Parasitologie	—
Pathologie chirurgicale	—
Pathologie exotique	—
Pathologie expérimentale et comparée	—
Pathologie médicale	—
—	—
Pathologie respiratoire	—
Pathologie et thérapeutique générales	—
Pharmacologie	—
Physiologie	—
—	—
Physiologie et pathologie obstétricales	—
Radiologie médicale	—
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	—
Thérapeutique	—
Thérapeutique appliquée	—

MM.

DELMAS (A.)
 DELARUE (J.)
 BAUMANN (J.)
 JAYLE (M.-F.)
 MALMEJAC (J.)
 FAUVERT (R.)
 BUGNARD (L.)
 DOGNON (A.)
 DJOURNO (A.)
 BERNARD (J.)
 SCHAPIRA (G.)
 TUCHMANN (H.)
 JOANNON (P.)
 GIROUD (A.)
 BOYER (J.)
 DESOILLE (H.)
 DEROBERT (L.)
 FASQUELLE (R.)
 BRUMPT (L.-C.)
 LAURENCE (G.)
 N...
 MERKLEN (F.-P.)
 LAROCHE (Cl.)
 BRICAIRE (H.)
 TURIAF (J.)
 DEPARIS (M.)
 CHETMOL (J.)
 BARGETON (D.)
 PARROT (J.)
 LEPAGE (F.)
 DESGREZ (H.)
 CAUCHOUX (J.)
 CONTE (M.)
 LAMOTTE (M.)



b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	—
Biochimie médicale	—
Biologie médicale	—
Pharmacologie	—
Physiologie	—
Physique médicale	—
Radiologie médicale	—

OLIVIER (G.)
 DESGREZ (P.)
 POLONOVSKI (J.)
 BOURLIERE (F.)
 LEVY (M^{lle} J.)
 DEJOURS (P.)
 KELLERSHOHN (L.)
 GOUGEROT (L.)
 FISCOGOLD (H.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	—
Clinique cardiologique (Broussais)	—

REDON (H.)
 SOULIE (P.)

MM.

Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		DUBOST (Ch.)
Clinique endocrinologique		MATHEY (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)		LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		MARCHAL (G.)
	Broussais	CASTAIGNE (P.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales	Cochin	LENEGRE (J.)
	Hôtel-Dieu	DROUET (G.)
	Lariboisière	BARIETY (M.)
	Pitié	SEZE (S. de)
	Saint-Antoine	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		BOUDIN (G.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		MARIE (J.)
		JUSTIN-
		MESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DARVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
	Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
	(Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		N...
Clinique de pneumo-physiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale		DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Sémiologie traumatique et orthopédique		JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
Oto-Rhino-Laryngologie	WORMS (R.)
Pneumo-Physiologie	MADURO (R.)
Rhumatologie	KREIS (B.)
	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	- CABROL (C.) - COUINAUD (C.) - GILLOT (C.) - HUREAU (J.)	Hydrologie	- BESANCON (F.) - CORNET (A.)
Anatomie pathologique	- GAUTHIER-VILLARD - M^{lle} P.) pr. s. ch. - ABELANET (R.) - CHOMETTE (G.) - GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. - NEZELOFF (Ch.) - ORCEL (L.) - PAILLAS (J.)	Hygiène	- BLANCHER (G.) - CORRE-HURST (M^{me} L.) - ROUSSEL (A.) - SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Anesthésiologie	N. DU BOUCHET (M^{me}) - KERN (E.) - VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses ..	- DUPONT (V.) - LISSAC (J.) - RAPIN (M.)
Bactériologie	- BARBIER (P.), pr. s. ch. - CHRISTOL (D.) - DAGUET (G.) - LE MINOR (L.) - TOURNIER (P.)	Maladies métaboliques ..	- ANTOINE (B.) - CROSNIER (J.) - RICHTET (G.) - SEBAOUN (J.)
Biochimie médicale ..	- BEAULIEU (Et.), m. cf. - BOURILLON (R.) - CARTIER (P.), pr. s. ch. - CORNILLOT (P.) - DREYFUS (J.-Cl.) - GONNARD (P.) - JEROME (H.) - KRUH (J.) - LEGRAND (J.-Cl.) - NORDMANN (J.)	Médecine légale	- BOURGUIGNON (A.) - FOURNIER (E.) - GUENIOT (M.) - HADENGUE (A.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)	Médecine du travail ..	ALBAHARY (B.)
Biologie médicale	- BENHAMOU (J.-P.) - BOIVIN (P.) - HARTMANN (L.), pr. s. ch.	Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Carcinologie	- BOIRON (M.) - DENOIX (P.) - MATHE (G.) - SELIGMANN (M.)	Neuro-psychiatrie	- CAMBIER (J.) - CATHALA (H.) - ESCOUROLLE (R.) - GAUTIER (J.-Cl.) - LAPRESLE (J.) - LEREBOULLET (J.) - PICHOT (P.) - TARDIEU (G.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)	Obstétrique	- GRANJON (A.) - HERVET (E.) - LE LORIER (G.) - LEVY (J.) - LEWIN (D.) - MUSSET (R.) - ROBEY (M.) - SENEZE (J.) - SUREAU (C.) - TCHOBROUTSKY (M^{me} C.) - THOYER-ROZAT (J.)
Dermato-Syphiligraphie ..	- CIVATTE (J.) - DUPERRAT (B.) - HEWITT (J.) - TOURAINE (R.)	Ophtalmologie	- AUVERT (M^{me} B.) - BREGEAT (P.) - DUBOIS (A.) - FONTAINE (M^{me} M.) - SARAUX (H.)
Electro-Radiologie	- HEITZ (F.), m. conf. - LEDoux-LEBARD (G.)	Orthopédie	- DUPARC (J.) - MAURER (P.) - MEARY (R.) - POSTEL (M.) - RAMADIER (J.)
Embryologie	ROUX (Ch.)	Oto-Rhino-Laryngologie	- DEBAIN (J.) - PIALOUX (P.) - SERGENT (H.)
Hématologie	- BESSIS (M.) - BILSKI-PASQUIER (G.) - DAUSSET (J.) - DUYAMEL (G.)	Parasitologie	- GOLVAN (Y.) - HAC THI SANG (M^{lle}) - LAPIERRE (J.)
Histologie	- COUJARD (R.), pr. s. ch. - DA LAGE - MAROIS (M.) - RACADOT (J.) - SCHRAMM (B.)		

	MM.
Pathologie chirurgicale .	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	GAUDART- D'ALLAINES (Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
Pathologie exotique ..	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
Pathologie expérimentale	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
	SCHNEIDER (J.)
	BERTHAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
	LÉPER (J.), pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
Pathologie médicale ..	PAUPE (J.-R.)
	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CANIVET (J.)
	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	FUNCK- BRENTANO (J.-L.)
	GRIVAU (M.)
	HAZARD (J.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAGRUE (G.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NENNA (A.)
	NICK (J.)
	POULET (J.)
	ROYER (P.)
	TCHERDAKOFF (Ph.)
	THIBAUT (Ph.)
	TOURNEUR (R.)
	VILLIAUMEY (J.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie- Puériculture	ALAGILLE (D.)
	ALISON (J.)
	CANLORBE (P.)
	GORIN (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCO (G.)
	LESTRADET (H.)
	MALLET (R.)
	MANDE (R.)
	MINKOWSKY (A.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	REY (J.)
Pharmacologie	RIBIERRE (M.)
	ROSSIER (A.)
Physiologie	VIALATTE (J.)
	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
	BABRES (G.)
	DURAND (J.)
	GIRARD (F.), m. conf.
	HUGELIN (A.)
	LAURENT (D.)
	SCHERRER (J.), pr. s. ch.
	VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.)
	COURSAGENT (J.)
	GREMY (F.), m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PAGES (J.-Cl.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-C.), pr. s. ch.
	TUBIANA (M.), m. conf.
	DECREUX (G.)
	ISRAEL (L.)
Pneumo-phthisiologie	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
	SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	DUCHE (D.)
Radiologie médicale	FLAVIGNY (H.)
	DUBOST (J.)
	LEFEBVRE (J.)
Rhumatologie	MICHEL (J.-R.)
	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.)
	CERNEA (P.)
	CHAPUT (M ^{me} A.), m. c. agr.
	CREPY (Cl.)
	FLEURY (R.)
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	FOUET (P.)
	LABET (R.)
	MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.)
	MOULONGUET (A.)
	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologi- que	DESVIGNES (P.)
Clinique chirurgicale .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale ... }	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . }	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)	Clinique urologique ..	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.) - LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	} M ^l es DUMAITRE (P.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	
	Mmes CONTET (J.) FORGET (F.)
	Mlle LAURENT (H.) Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A MES PARENTS

Qui ont su m'apprendre l'amour
du prochain, l'ardeur au travail et le
sens de l'honneur. Ils ont guidé ma
vocation de médecin et sont pour
moi l'exemple du courage, de la vo-
lonté et de la bonté :

En témoignage de ma profonde af-
fection.

A MES BEAUX-PARENTS

Qui consacrent le meilleur d'eux-
mêmes à l'enseignement ;

Très affectueusement.

A MA FEMME CHERIE

A MON FILS GEORGES

A MES FILLES :
ISABELLE, VERONIQUE, BEATRICE, SYLVIE

A MA SŒUR ODETTE

A MON FRERE PIERRE

A MES BEAUX-FRERES MAURICE ET JEAN

A MON ONCLE GEORGES NOACHOVITCH

*Professeur honoraire
à l'Ecole Supérieure d'Agronomie Tropicale
Maître de Conférence honoraire
à l'Institut National Agronomique*

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET COLLEGUES

A Monsieur le Professeur A. SICARD

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre gratitude et de notre profond respect.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Docteur Claude DUFOURMENTEL
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé ROBEY
Gynécologue des Hôpitaux

Monsieur le Docteur GIRAUD
Gynécologue des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BLANCARD
Ophtalmologiste des Hôpitaux

Qui a bien voulu guider avec beaucoup de bienveillance nos premiers pas en ophtalmologie et nous encourager dans la voie où nous nous sommes engagé.

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A NOTRE MAÎTRE, le Docteur Roger MOULY

Grand plasticien et anatomiste qui nous a prodigué de très précieux conseils et a bien voulu nous confier de nombreuses observations. Il reste pour nous un modèle et nous le remercions chaleureusement.

Au Docteur Jacques PREAUX

Qui nous a apporté très amicalement l'appui de sa solide expérience, nous exprimons ici notre affectueuse gratitude.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de cette thèse, nous tenons à exprimer respectueusement nos remerciements et notre durable et affectueux attachement à notre maître, le Docteur Claude DUFOURMENTEL, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu nous accueillir comme externe dans son service et n'a cessé de nous témoigner son amical intérêt.

Au cours de l'année passée à ses côtés, nous avons profité chaque jour de ses conseils éclairés, de sa grande expérience clinique, de sa rigueur chirurgicale et de sa haute culture. Nous lui savons gré de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail et l'assurons à cette occasion de notre vive gratitude pour la grande bonté qu'il nous a manifestée en maintes circonstances.

Nous resterons toujours pénétré de l'enseignement qu'il nous a prodigué et nous le prions de trouver ici un gage de notre profonde reconnaissance.

« La surface la plus passionnante de la terre, c'est, pour nous, celle du visage humain. »

G.-C. LICHTENBERG.

Les croisés étaient fort avisés qui veillaient avec un soin plus attentif, sinon plus jaloux, à la solidité de l'armure chargée de protéger leur visage qu'à l'inviolabilité de celle qui était censée garder la vertu de leur épouse.

Plus téméraires certes apparaissent nos modernes chevaliers du volant qui affrontent à visage découvert les dangers de la vitesse, quand on considère que 40 % des victimes d'accidents d'automobile subissent des blessures de la face. Or, cette partie du corps, à l'anatomie très complexe, est le siège exclusif, dans un espace restreint, de quatre sens ainsi que des orifices naturels nécessaires tant à la respiration qu'à la nutrition et dont la moindre lésion peut compromettre plus ou moins sérieusement le fonctionnement.

L'homme trouve, d'autre part, dans son visage les moyens normaux de communiquer avec son prochain par la parole, la mimique, l'expression des sentiments ; toute cicatrice vicieuse est susceptible d'entraver l'usage de ces moyens.

Enfin le visage est la seule partie du corps qui ne puisse pratiquement être dissimulée à la vue d'autrui et c'est ce qui en rend les déformations si pénibles à supporter pour le sujet avant tout, mais aussi pour son entourage.

Cet état de choses peut avoir un important retentissement psychique entraînant des troubles mentaux, une perte de la vitalité, une diminution de l'activité professionnelle.

Les cicatrices vicieuses, on le voit, peuvent avoir des conséquences fonctionnelles, psychiques, économiques.

Ces trois aspects du problème, venant s'ajouter au souci primordial du praticien de toujours tendre vers la perfection de son œuvre, nous conduisent à rechercher les méthodes les mieux adaptées à la réparation secondaire des cicatrices imparfaites.

Après un rappel des caractères du terrain : « anatomo-physiologie de la face », puis du phénomène lui-même : « physiologie de la cicatrisation », nous nous pencherons plus longuement sur la « technique de la chirurgie réparatrice appliquée aux cicatrices traumatiques de petite dimension de la face » ; enfin, la description d'un certain nombre de « cas concrets » qu'il nous a été donné d'observer, nous montrera que le choix de la technique appropriée pose chaque fois un problème particulier.

Si, à l'occasion de cette étude et de l'examen, notamment, des causes des cicatrices vicieuses, nous réussissons à mettre en lumière le moyen d'en réduire le nombre, grâce à une meilleure compréhension du traitement initial, notre ambition sera doublement satisfaite.

RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

1° Le visage est armé par une *charpente osseuse* au relief tourmenté sur laquelle sont appliquées les parties molles ; les surfaces les plus exposées aux traumatismes sont évidemment les plus saillantes tels le front, les pommettes et tout particulièrement le nez, si important dans l'équilibre du visage ; toutefois, la partie basse du nez, plus molle, fuira volontiers l'obstacle, ce qui donnera lieu à des plaies de la lèvre supérieure et du menton.

2° A la charpente osseuse sont annexés les *muscles peauciers* qui se distinguent à la fois par leur mode d'insertion et leur rôle.

Généralement plats, ces muscles sont groupés autour des orifices naturels ; la plupart d'entre eux ont un point fixe osseux et une insertion cutanée, cette dernière assurant la mobilité de la physionomie, l'expression des sentiments et le fonctionnement des orifices naturels. Etant directement appliqués sous la peau, on conçoit aisément que ces fins rubans musculaires puissent être facilement sectionnés ou bien inactivés dans les blessures mal réparées ou à la suite d'adhérences cicatricielles entre muscle et peau.

3° Les muscles peauciers ont enfin cette propriété d'être *tous innervés par les rameaux du facial*.

Ce dernier se divise, sur la face externe de la jugulaire externe, en deux branches terminales : la temporo-faciale et la cervico-faciale :

— la *branche temporo-faciale* se porte en avant, s'anastomose avec l'auriculo-temporal et se subdivise enfin en

plusieurs rameaux destinés aux muscles peauciers du crâne et de la face situés au-dessus de l'orifice buccal ; ces rameaux terminaux cheminent d'abord entre les deux lobes de la parotide, anastomosés largement entre eux et à la branche cervico-faciale, constituant le plexus parotidien. Ils sortent de la parotide le long de ses bords antérieur et supérieur et divergent vers leurs territoires respectifs.

— *la branche cervico-faciale*, cheminant entre les deux lobes parotidiens, se dirige en bas, en avant et en dehors, s'anastomose avec la branche auriculaire du plexus cervical et se divise en plusieurs rameaux, au voisinage de l'angle du maxillaire inférieur ; ces rameaux sont destinés aux muscles peauciers de la face et du cou situés au-dessous de l'orifice buccal.

Les branches du facial cheminent donc assez profondément, à leur origine, dans la parotide puis, à mesure que les rameaux se portent en avant, ils deviennent superficiels, atteignant les peauciers à leur face profonde.

Deux observations découlent de ce qui précède :

— une blessure risquera d'autant plus de léser le facial qu'elle sera située plus en avant ;

— la meilleure façon de tenter de réparer les petits rameaux du facial sera de rétablir la continuité des différents plans anatomiques afin de permettre aux fibres nerveuses de retrouver leur trajet.

4° La *vascularisation* est particulièrement intense au niveau du visage.

Deux systèmes s'y trouvent juxtaposés et sont richement anastomosés entre eux :

— les vaisseaux superficiels, sous la dépendance de l'artère faciale et des collatérales de l'artère temporale superficielle ;

— les vaisseaux profonds, sous la dépendance des collatérales de l'artère maxillaire interne.

Cette large irrigation entraîne trois conséquences :

— les téguments du visage se défendent remarquablement contre l'infection, ce qui a pour effet de prolonger la période pendant laquelle une suture peut être pratiquée ;

— l'épluchage des plaies et les débridements doivent être réduits au minimum ;

— les autoplasties audacieuses, utilisant des lambeaux allongés à pédicule étroit, seront permises.

5° *La peau* recouvre tous les éléments du visage épousant scrupuleusement le relief contourné des parties molles ; c'est une étoffe d'une texture remarquablement résistante et élastique soumise à deux ordres de forces qui en conditionnent l'aspect :

— d'une part les *forces intrinsèques* liées à la présence de fibres collagènes et élastiques ; analogues aux lignes de force d'un champ magnétique elles correspondent à la direction des fibres élastiques.

LANGER a schématisé ces lignes de tension cutanées (fig. 1), cependant ses recherches portant sur le cadavre ont abouti à une description inexacte. On a néanmoins conservé l'idée initiale de Langer et des observations sur le vivant, notamment en faisant plisser la peau, ont abouti à une systématisation réelle de ces lignes de tension (fig. 1 bis) ;

— d'autre part, les *forces extrinsèques* liées à l'action des muscles peauciers qui provoquent les « rides d'expression » dues au relâchement de la peau sous l'effet des contractions répétées.

Lignes de tension et rides d'expression ne sont pas rigoureusement superposées et l'on constate qu'avec l'âge leur importance respective varie en sens inverse ; c'est ainsi que, chez le sujet âgé, on est amené à s'occuper



FIG. 1. — Lignes de Langer

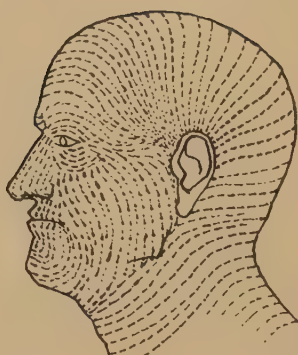


FIG. 1 bis
Lignes réelles de tension

davantage des rides d'expression qui sont nettement marquées.

On ne saurait enfin manquer de rappeler que l'aspect de la peau est également fonction des régions faciales considérées, ainsi que l'a fait observer Gonzalès Ulloa dans sa définition des unités esthétiques, celles-ci sont

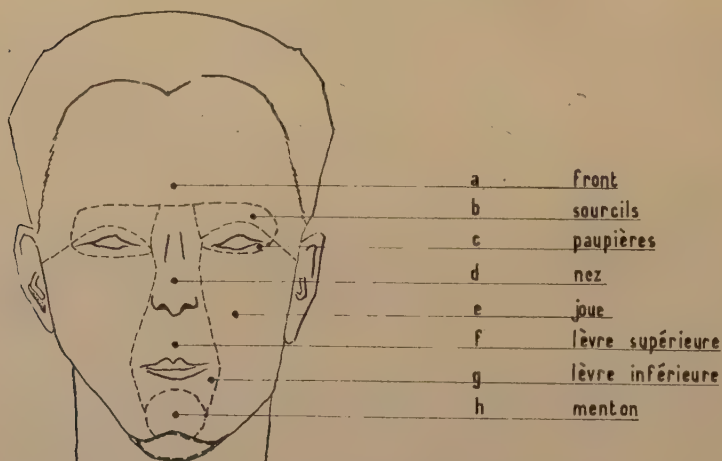


FIG. 2. — Unités esthétiques de Gonzales Ulloa

limitées par les sillons naturels ou les rides d'expression (fig. 2).

C'est en s'efforçant de respecter le mieux possible les données de cette « topographie » complexe que l'on réunira le maximum de chances de réaliser une cicatrice souple, non rétractile et dissimulée.

Ainsi s'attachera-t-on à éviter toute ligne de suture bar-rant un sillon naturel du visage ou chevauchant deux régions faciales en procédant, le cas échéant, en plusieurs temps et de manière autonome de part et d'autre de la frontière naturelle sur laquelle la cicatrice devra se bri-ser.

PHYSIOLOGIE DE LA CICATRISATION

On peut distinguer deux modes nettement caractérisés de cicatrisation des plaies :

Dans le premier cas, il y a accollement des lèvres cutanées et l'on assistera à la cicatrisation dite « par première intention », celle-ci se réalisera en quelques jours.

Dans le second cas, les lèvres se trouvent écartées et l'on sera alors en présence d'une cicatrisation « par seconde intention », qui demandera plusieurs semaines.

1. Cicatrisation par première intention

A) RAPPEL DU MÉCANISME.

Deux conceptions s'affrontent actuellement, la dernière en date expliquant certains points qui paraissaient obscurs.

Selon la méthode jusqu'à présent classique, on observe après toute incision suivie de suture :

- pendant les premières 48 heures, la formation d'un coagulum fibrineux entre les lèvres de la plaie entraînant une coalescence précaire ;

- puis la période exsudative au cours de laquelle une réaction vasculosanguine aboutit à la destruction des micro-organismes et des déchets cellulaires ; parallèlement à cette action, on constate la mobilisation des cellules fixes du tissu conjonctif qui vont encadrer les néovaisseaux qui traversent la plaie d'un bord à l'autre ;

- l'organisation du tissu cicatriciel pourrait ainsi s'effectuer du 5^e au 10^e jour, le tissu conjonctif étant peu à

peu recouvert par la nappe épithéliale qui, par multiplication cellulaire, se dirige de la périphérie vers le centre jusqu'à la disparition de toute solution de continuité.

Ce processus qui suppose la réparation préalable du tissu conjonctif suivie dans un second temps du recouvrement épithélial ne permettait pas d'expliquer certains phénomènes, comme l'existence de marques ponctuées au passage des fils de suture ou la dépression linéaire précoce à l'endroit de la ligne d'affrontement.

C'est alors que l'on fut amené à penser — et c'est là l'objet de la théorie nouvellement admise — que le processus cicatriciel prenait son point de départ dans l'épiderme qui serait en premier lieu responsable de l'organisation du nouveau tissu, la réaction du derme ne se produisant qu'en second lieu.

L'étude histologique de la cicatrisation montre en effet que, peu après l'intervention, l'épithélium est entraîné à l'intérieur de la plaie et le long des fils de suture.

Les cellules épithéliales franchissent les berges de l'incision en passant sous le caillot qui les recouvre puis glissent en descendant le long des bords, créant une dépression en V visible à l'œil nu avant qu'il soit possible de noter l'apparition quelconque de tissu conjonctif.

La multiplication des cellules épithéliales détermine 24 à 48 heures plus tard des pointes enfoncées dans le tissu sous-jacent jusqu'au contact des surfaces incisées du derme induisant ainsi la formation d'un nouveau tissu conjonctif ; celui-ci tire son origine du tissu conjonctif sous-épidermique et surtout de la couche adipeuse sous-dermique.

Les capillaires néoformés ne franchissent pas la brèche d'un bord à l'autre, mais se dirigent vers le haut en partant du fond de la plaie.

La réaction vasculaire et fibreuse maximale vers le 10^e jour freine alors la poussée épidermique et, aux alentours de la 3^e semaine suivant l'opération, les phénomènes s'at-

ténuent, l'épithélium s'amincit peu à peu et prend l'aspect d'un tissu cicatriciel.

B) CONSÉQUENCES.

La juxtaposition précise des bords de la plaie au niveau de l'épiderme, pour nécessaire qu'elle soit, ne doit donc pas constituer la préoccupation primordiale du praticien ; car le développement du processus idéal résultant de la rencontre de la pointe épidermique et de la couche adipeuse sous-dermique pourrait n'être pas spontanée. Il persisterait alors une dépression vers l'épiderme cicatriciel.

Il est donc indispensable de créer les conditions optima en s'attachant en tout premier lieu à réparer convenablement les couches profondes et à assurer leur affrontement et leur fixation.

Pour éviter enfin les marques ponctuées de la suture, résultant de l'invagination de l'épiderme au niveau des fils, il sera nécessaire d'ôter ces derniers dans les 2 ou 3 jours suivant l'opération. Cette pratique ne présentera aucun inconvénient si les couches profondes sont, comme il vient d'être dit, solidement suturées et si l'on prend la précaution de mettre aussitôt en place un pansement adhésif plastique.

2. Cicatrisation par seconde intention

C'est la cicatrisation normale de toute plaie déhiscence.

Elle est caractérisée par une réaction intense du tissu conjonctivo-vasculaire dont l'aboutissement est le bourgeon charnu.

L'épithélialisation y est tardive. Elle se fait à partir des bords de la plaie et va recouvrir les bourgeons charnus.

A) MÉCANISME.

Le tissu de granulation qui conduit au bourgeon charnu est, comme dans le cas précédent, la conséquence de la différenciation et de la prolifération du tissu conjonctivo-vasculaire.

Les néo-vaisseaux, d'abord verticaux, se recourbent vers la superficie pour former, avec les fibroblastes qu'ils entraînent, un réseau parallèle au plan de la peau.

L'épithélialisation se fait :

— en premier lieu, à partir des bords de la plaie, la prolifération se produisant de la périphérie vers le centre ;

— éventuellement, à partir des cellules épidermiques des glandes annexes formant des îlots de régénération qui vont confluer ;

la conjonction de ces deux phénomènes entraînera la formation d'une nappe épidermique qui freine la prolifération du bourgeon charnu sous-jacent et donne une cicatrice en trois ou quatre semaines.

B. CONSÉQUENCES.

Cette cicatrisation peut, toutefois, être retardée par un bourgeonnement excessif que la vague épithéliale ne pourra gravir.

Inversement, la pauvreté, voire l'absence de tissu de granulation entraînera un arrêt de la croissance épidermique se traduisant par un bourrelet périphérique atone.

Pour obtenir une cicatrice de bonne qualité, c'est-à-dire souple et sans fibrose trop importante, il faut contrôler la bonne marche de l'épithélialisation et éviter un bourgeonnement excessif, en particulier quand il y a infection de la plaie.

Dans ce but, la cicatrisation devra être surveillée et guidée au moyen de pansements antiseptiques, du nitra-

tage et de corticoïdes locaux en association avec les antibiotiques.

Parallèlement, on devra protéger la repousse épidermique dont on sait la fragilité, en recourant à des pansements non adhérents et en traitant les plaies avec beaucoup de douceur.

3. Extinction du processus cicatriciel

Doit-on conclure de ce qui précède qu'au moment même où se produit la fermeture cutanée tout processus cicatriciel est éteint ?

Il n'en est rien, et l'évolution complète de la cicatrisation se poursuivra pendant plusieurs mois en passant par plusieurs stades.

— quelques jours après la soudure des berges cutanées, la cicatrice se présente comme une ligne pâle insensible et peu visible ;

- dès la fin du premier mois, la flambée conjonctivale devient importante. La ligne de suture apparaît alors saillante, rouge et insensible, parfois prurigineuse ;

— ce n'est qu'après le 3^e mois que nous assisterons au retour progressif à la normale.

La cicatrice s'efface peu à peu, pâlit et s'assouplit. La sensibilité objective est toujours longue à réapparaître.

La succession de ces phénomènes doit conduire à la cicatrice normale.

Celle-ci se présente macroscopiquement souple, de même couleur que la peau avoisinante et, à la condition qu'elle se trouve située dans les plis et sillons normaux, elle peut devenir presque invisible.

La coupe histologique révèle du tissu fibreux, surmonté d'un revêtement épidermique caractérisé par la pauvreté des fibres élastiques, la présence de fibres collagènes parallèles à la direction de la cicatrice et l'absence totale de glandes annexes cutanées.

Ce bref examen de l'aspect physiologique du problème amène à conclure que la cicatrice continue normalement à évoluer pendant plusieurs mois, le maximum de cette évolution se situant vers le troisième mois.

Aussi ne faudra-t-il jamais envisager une retouche chirurgicale avant plusieurs mois, quelles que soient les sollicitations dont le praticien pourrait être l'objet ; le délai minimum doit être de six mois, mais cette période d'attente peut être élargie avec avantage.

Ceci ne veut pas dire que le médecin sera inactif pendant cette période : son but sera de calmer la flambée conjonctivale et de la limiter ; à cet effet, il peut prescrire des corticoïdes locaux en massages, au bout de 3 semaines et, dans certains cas, quelques séances d'ondes courtes.

On est parfois surpris de voir une cicatrice qu'on pensait obligatoirement compliquée et vicieuse pendant les 6 premières semaines, s'améliorer à un tel point qu'on n'a pas à y toucher secondairement.

Les indications toutefois pourront être différentes lorsque la cicatrice prend, dès le départ, un caractère nettement vicieux et non susceptible d'une amélioration spontanée, tels le cas d'une bride barrant un orifice naturel ou entraînant la rétraction de celui-ci (ectropion palpébral cicatriciel, par exemple), ou celui du décalage d'une ligne naturelle comme le bord rouge de la lèvre ou encore l'inclusion de corps étrangers tels des morceaux de verre.

Il appartiendra alors au praticien de décider si une intervention rapide ne sera pas nécessaire pour empêcher une aggravation du défaut constaté, surtout lorsque celui-ci compromet le fonctionnement normal d'un orifice du visage.

Il est donc des cas où une intervention précoce est nécessaire ; cependant, cette éventualité est rare et, en pratique, il faut retenir surtout la règle des 6 mois.

CORRECTION CHIRURGICALE DES CICATRICES

Après avoir indiqué les causes essentielles des cicatrices vicieuses et nous être efforcé d'en décrire très schématiquement les principaux types, nous préciserons la technique opératoire générale.

Enfin, nous étudierons les différentes méthodes de correction.

1. Causes des cicatrices vicieuses

L'existence de cicatrices vicieuses est imputable soit au traitement de la blessure initiale, soit au siège de cette blessure.

A. — LES CICATRICES VICIEUSES DUES AU TRAITEMENT INITIAL.

a) *La blessure faciale n'a pas été suturée* parce que l'on avait affaire à un blessé « choqué » ou présentant, en d'autres parties du corps, un ou plusieurs traumatismes mettant en jeu le pronostic vital et qu'il fallait traiter en première urgence. C'est une erreur, car rien n'empêche de faire une suture correcte quelques heures après un traumatisme.

b) *La blessure a été mal suturée*, dans une salle d'urgence, sous mauvais éclairage, par un opérateur inexpérimenté ou utilisant un matériel grossier. Il peut en résulter un mauvais affrontement, un décalage des bords, une hémostase insuffisante, facteur de fibrose ultérieure.

c) *Par suite d'une perte de substance appréciable*, le rapprochement a été effectué avec une tension excessive qui a provoqué une cicatrice rétractile.

En effet, l'opérateur, négligeant la possibilité de mettre en place une greffe provisoire, a voulu à tout prix affronter des berges qui ne correspondaient pas ; la distorsion des tissus qui en résulte est telle qu'une cicatrice vicieuse en sera le terme obligatoire.

d) Enfin, *le nettoyage imparfait* de la plaie initiale a provoqué une infection ou surtout laissé subsister des corps étrangers.

L'infection, on l'a vu, est peu fréquente au niveau du visage, elle reste cependant possible et constitue une cause de cicatrisation lente ou de désunion ; enfin et c'est là son action la plus importante : elle provoque une réaction inflammatoire excessive, facteur de fibrose.

Les corps étrangers sont les plus fréquemment apportés par le trauma lui-même (gravillons, poussières de charbon, parcelles de verre, de goudron, etc...).

Leur présence entraîne une réaction pseudo-inflammatoire tendant à les éliminer et leur accumulation détermine le tatouage de la peau.

Il faut donc insister sur la nécessité d'un lavage long et minutieux de toute plaie au moyen de sérum chaud ou d'une solution d'ammonium quaternaire, opération suivie d'un brossage doux ; c'est une opération difficile car d'une part, on est en présence d'un sujet qui saigne, et d'autre part, les corps étrangers ne sont pas toujours apparents, surtout s'ils sont pigmentés.

B. — LES CICATRICES VICIEUSES DUES A LEUR SIÈGE.

Nous avons vu plus haut qu'une cicatrice barrant une ligne de tension ou une ride d'expression, ou chevauchant deux régions naturelles avait toutes les chances d'être inesthétique.

La courbure propre de certaines régions peut, à elle seule, favoriser une rétraction cicatricielle.

Ainsi, une blessure occupant toute la hauteur de la paupière supérieure et suturée par simple rapprochement entraînera une cicatrice rectiligne qui, au lieu d'épouser l'arc de la paupière, suivra la corde de celui-ci.

2. Classification des cicatrices

Il est impossible de donner une classification pleinement satisfaisante des cicatrices, puisqu'elles peuvent différer par leur forme, leur type et leur siège.

Il faut cependant s'efforcer de les grouper de la manière la plus propre à permettre de dégager les grandes lignes thérapeutiques. Nous nous proposons d'avoir pour guide la forme et l'étendue de la cicatrice en sachant que le caractère franchement rétractile de celle-ci ou sa direction pourront venir modifier le programme opératoire.

A. — LES CICATRICES ÉTROITES :

Ce sont des cicatrices plus ou moins allongées, déhiscentes, ou saillantes, résultant généralement de la blessure franche du visage par un morceau de verre ou par des agents vulnérants fortement acérés comme le silex ou les aspérités métalliques d'une carrosserie automobile.

a) *Les déhiscentes* sont fréquemment rencontrées ; leur surface est plane, lisse, souple et non adhérente. L'absence de rapprochement des plans sous-jacents lors de la suture, l'orientation de la cicatrice, ou la perte de substance ont provoqué une tension excessive de la peau, entraînant la rupture des fibres élastiques.

Le traitement chirurgical de telles cicatrices sera généralement facile, car elles se prêtent admirablement à l'exérèse suivie de suture.

Cependant, chez un petit nombre de sujets la déhiscence aura tendance à se reproduire par un processus analogue à celui des vergetures.

b) *Les déprimées* sont causées par une perte de substance, dans le sous-sol, résultant soit d'une mauvaise reconstitution initiale des plans sous-jacents, soit de l'absence de cicatrisation des couches profondes, soit enfin d'une infection au niveau de la plaie ; il en résulte une adhérence de la cicatrice cutanée aux plans sous-jacents.

Le traitement visera à supprimer la dépression en utilisant de préférence les tissus locaux.

c) *Enfin, on peut se trouver en présence de cicatrices saillantes.* Un affrontement défectueux dû à l'existence de points trop serrés entraînant un chevauchement, ou de points chargeant une quantité différente de tissu au niveau de chaque lèvres entraînant le décalage des bords sont à l'origine d'un bon nombre d'entre elles.

La tendance hypertrophique, voire chéloïdienne, sur certains terrains, peut également être la cause de cette cicatrice saillante ; toutefois, en dehors même du terrain, les facteurs extérieurs : infection, corps étrangers, brûlures, retard de cicatrisation jouent un rôle déterminant dans la formation de telles cicatrice.

Aussi le traitement devra-t-il s'adapter aux circonstances et si, dans le cas du simple décalage des bords, l'exérèse suivie de suture permet d'espérer un bon résultat ; dans la seconde hypothèse, l'intervention particulièrement minutieuse, tenant compte du siège et de la cause, devra être suivie d'un traitement médical ou associée à un traitement physiothérapique.

B. — LES CICATRICES ARRONDIES OU OVALAIRES :

La cicatrice peut se présenter comme une surfaces plane, déprimée ou saillante dont les deux axes sont sensible-

ment égaux. On trouve à son origine une brûlure ou une blessure provoquée par un objet contondant.

La plaie ayant été laissée « à plat », en raison de la perte de substance, la cicatrisation s'est produite par deuxième intention.

La réparation de cette cicatrice ne peut plus se satisfaire de la simple exérèse suture.

C. — LES CICATRICES IRRÉGULIÈRES :

De formes extrêmement variables, impossibles à schématiser, ces cicatrices sont souvent le fait d'une plaie déchiquetée par éclats de verre. On conçoit que le traitement ne puisse se systématiser et que le praticien ait à faire appel à son imagination.

Ainsi telle cicatrice exigera la conjonction de plusieurs méthodes, telle autre ne sera traitée qu'en partie, telle autre encore nécessitera plusieurs temps opératoires.

D. — LES PLAGES CICATRICIELLES :

Il ne s'agit plus ici d'une cicatrice proprement dite, mais de toute une zone vrillée de multiples cicatrices, de formes et de dimensions variables, saillantes pour les unes, déprimées pour les autres ; ces plages cicatricielles sont, en outre, fréquemment tatouées.

On les rencontre en particulier chez le cyclomotoriste ou le piéton renversé par une voiture et trainé sur la route ; ceci a pour effet de provoquer de multiples déchirures, avec perte de substance, et la pénétration de gravillons ou de goudron dans la plaie déchiquetée.

L'excision des plages cicatricielles ne peut se pratiquer, car la perte de substance considérable ainsi créée serait trop vaste pour se prêter au rapprochement et à la suture. Ces plages cicatricielles relèvent le plus souvent de l'abrasion cutanée superficielle par ponçage de toute la

région cicatricielle, complétée par l'exérèse suivie de suture fine des cicatrices les plus inesthétiques.

E. — LES CICATRICES EN U.

Un cas particulier de cicatrice traumatique est constitué par la *cicatrice en U* située volontiers au front ou au menton ; c'est le résultat d'une coupure tangentielle par débris de verre ayant détaché un lambeau arciforme. Au cours de la cicatrisation, il se produit une rétraction concentrique des téguments qui se mettent « en boule ». La rétraction sera d'autant plus importante que le pédicule est étroit.

Le problème thérapeutique consistera à éviter de reproduire la cicatrice initiale.

F. — LES CICATRICES RÉTRACTILES.

La rétraction est le propre de toute cicatrice ; elle peut se développer à des degrés divers ; les rétractions importantes sont le plus souvent liées à une perte de substance ou à une mauvaise orientation de la cicatrice ; elles peuvent consister soit en une bride simple, soit en une « zone rétractile ».

La gravité de la rétraction est fonction de son siège et elle est d'autant plus marquée que les tissus se laisseront aisément attirer : simple corde disgracieuse faisant plisser les téguments voisins quand elle réside, par exemple sur la joue, elle peut entraîner un grave préjudice fonctionnel lorsqu'elle siège sur le pourtour d'un orifice naturel (rétraction de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez, ectropion palpébral cicatriciel) ; elle doit donc être brisée.

Si la rétraction porte sur une *surface étendue*, le problème sera de rendre aux téguments leur position normale, et de combler la perte de substance créée.

3. Technique opératoire générale

Le but de la correction chirurgicale, quelle que soit la méthode utilisée, étant d'obtenir une cicatrice moins visible, il faudra savoir refuser le traitement de certaines cicatrices, soit parce qu'elles sont peu apparentes, soit que le sujet présente une tendance marquée aux chéloïdes.

La nouvelle cicatrice doit être linéaire, souple, de même coloration que la peau voisine et ne formant avec celle-ci ni saillie, ni dépression. Elle sera dissimulée, autant qu'il est possible, enfin, dans une ligne naturelle du visage.

La réalisation de telles conditions requiert un dessin précis des lignes d'incision, une bonne anesthésie, un matériel adapté et enfin un affrontement parfait.

A. — *Le dessin sera fait* au moyen d'un pinceau stérile et d'un colorant comme le violet de gentiane ou le vert de méthyle ; une règle en acier et un compas seront souvent utiles. Il devra figurer les lignes d'incision ainsi que les principaux points de rapprochement, car le gonflement provoqué par l'anesthésie locale, joint à la rétraction des téguments après leur décollement risquent d'entraîner par la suite une erreur d'appréciation pouvant amener un certain décalage ; c'est encore pour cette raison que l'on pourra mettre un fil d'attente pour repérer de façon parfaite une ligne naturelle comme le bord rouge de la lèvre après excision du tissu cicatriciel.

B. — *L'intervention est parfois longue et minutieuse, elle nécessite une bonne anesthésie.*

On fait appel le plus souvent à *l'anesthésie locale*, car elle est sans danger et permet la chirurgie ambulatoire. L'infiltration de xylocaïne adrénalinée est intéressante au niveau du visage, car l'anesthésie obtenue est rapide et durable et la plaie est peu sanglante.

Rappelons qu'il faut attendre quelques minutes pour avoir une meilleure anesthésie. L'aiguille utilisée sera très

fine pour rendre l'anesthésie la moins douloureuse possible. L'infiltration se fait très lentement, de la profondeur à la superficie, presque intradermique si l'on songe à pratiquer une abrasion cutanée superficielle.

Cependant le gonflement gênant provoqué par l'anesthésie locale ou la nécessité de traiter une surface importante conduisent parfois à préférer *l'anesthésie régionale* comme celle du nerf maxillaire supérieur, du nerf maxillaire inférieur ou de leurs branchés.

Cependant, il existe actuellement des produits (Thiomucase) qui permettent la diffusion des substances médicamenteuses, et qui sans nuire à la qualité de l'anesthésie diminuent de façon très importante le gonflement provoqué par l'anesthésie locale.

Enfin chez les enfants et les sujets pusillanimes, il peut s'avérer indispensable de recourir à une prémédication très poussée qui sera complétée aisément par l'anesthésie locale.

C. — *Après avoir vérifié l'efficacité de l'anesthésie*, le chirurgien va pratiquer son incision, la peau étant tendue par des crochets, de façon à ce que la lame attaque perpendiculairement la surface cutanée ; il doit utiliser à cet effet un bistouri très tranchant à lames interchangeables permettant d'obtenir des lèvres très nettes. Pour faciliter le décollement des berges, il utilisera un crochet à peau simple de Gillies, des ciseaux petits et fins ; les pinces de Halsted très fines seront utilisées pour l'hémostase ; enfin, il disposera d'aiguilles triangulaires et courbes montées de soie hydrofuge triple zéro ou de matières synthétiques plus résistantes et parfaitement tolérées ; l'important est d'avoir un matériel de suture très fin, résistant et qui n'entraîne pas de réactions locales.

Pour diminuer la possibilité de marques cutanées on pourra mettre dans l'intervalle des points qui seront espacés un matériel adhésif ou, encore, enlever certains points au bout de 24 à 48 heures en les remplaçant au fur et à

mesure par des bandelettes adhésives. Ce matériel adapté permettra un travail minutieux et un affrontement parfait de la suture dont les points seront *séparés* et *peu serrés* : l'étranglement des téguments pourrait en effet entraîner une discrète nécrose locale au niveau des tissus enserrés par le fil et la création d'une cicatrice en échelle de perroquet où tous les points sont marqués.

Le point simple, noué sur le côté est le plus souvent pratiqué (fig. 3) : l'aiguille doit pénétrer perpendiculai-

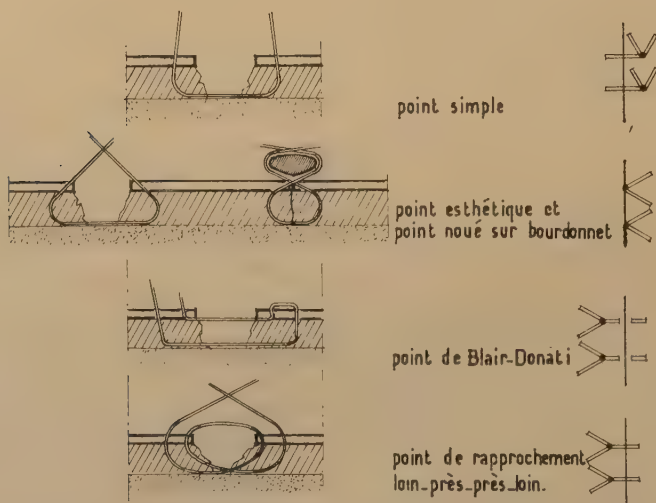


Fig. 3. — Points de suture : différents points séparés

rement à la surface cutanée de façon à charger au niveau de chaque lèvre une égale quantité de tissu en surface et en profondeur ; on peut diminuer l'effet d'étranglement en recourant au « point esthétique » où l'aiguille pénètre obliquement dans le bord libre de la peau tout en chargeant la même quantité de tissu sous-cutané ; ce point peut enfin être noué sur bourdonnet, ce qui diminue encore la possibilité pour le fil de couper la peau.

Le point de Blair-Donati permet un affrontement parfait ; il est recommandé chaque fois que l'on a des raisons de redouter une invagination des lèvres de la plaie.

Dans la région où la suture sera soumise à de fortes tractions, le *point de rapprochement* (far near-near far de Gillies) permettra l'affrontement sans qu'il soit porté préjudice à la peau.

Lorsque la perte de substance créée est assez importante, un plan de catgut 000 sous-cutané ou même dermique profond permet tout à la fois de soulager la traction sur les berges cutanées et d'utiliser un matériel de suture plus fin.

Enfin, dans certaines régions privilégiées, telle les paupières, on peut recourir à un surjet intradermique qui demande cependant beaucoup de minutie pour être parfaitement réalisé.

D. — *L'ablation des fils* doit être suffisamment rapide pour ne pas laisser de traces, mais pas trop précoce, cependant, afin de ne pas risquer une désunion de la plaie. En pratique, il est souvent intéressant de retirer les fils en 2 ou 3 fois en commençant dès le 3^e ou 4^e jour, à condition de les remplacer au fur et à mesure par des bandelettes adhésives.

E. — *Le pansement* le plus employé est la gaze de cellophane tressée, car elle est peu adhérente à la plaie et les compresses situées au-dessus absorbent le sang ou les sécrétions séro-sanglantes.

Très rapidement la plaie est mise à l'air et protégée seulement la nuit.

4. Méthodes de correction

A. — *L'exérèse-suture* (fig. 4).

C'est la méthode la plus simple ; elle est utilisée chaque fois que la cicatrice peut s'inscrire dans un fuseau régu-

lier très étroit ; les limites du fuseau une fois tracées, on pratique l'incision au bistouri, la peau étant tendue aux deux extrémités du tracé à l'aide de crochets simples. Le décollement des berges lui succède. Il se fait aux ciseaux fins par discision ; le décollement doit être suffisant pour permettre aux berges de s'affronter sans excès de tension.

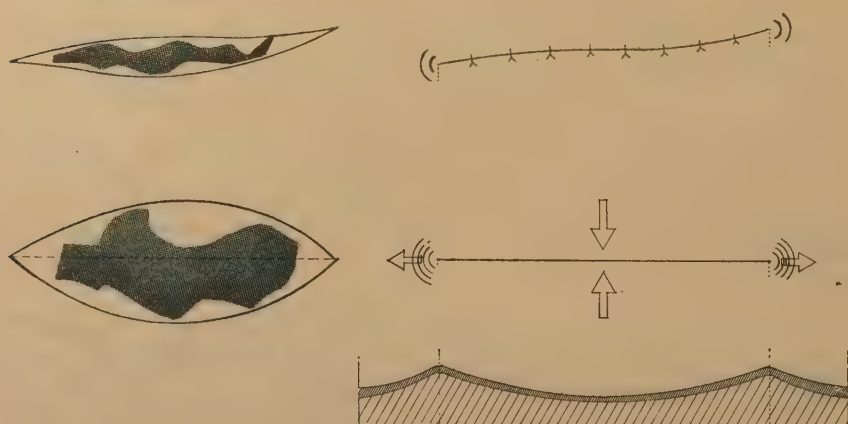


FIG. 4. — Résection suture

La zone cicatricielle est enlevée à son tour ; cependant, si la cicatrice est déprimée, on peut être amené à laisser en place du tissu fibreux afin que celui-ci, une fois débarrassé des couches cutanées superficielles, produise un effet de matelassage du sous-sol.

La suture de la plaie ainsi formée est précédée d'une hémostase très soigneuse pour éviter la survenue d'un hématome post-opératoire : on procède au moyen de catgut pour les pédicules les plus importants et par électrocoagulation pour les pédicules les plus fins.

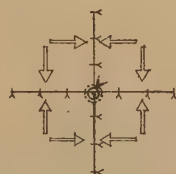
L'exérèse-suture est une méthode très simple, permettant d'obtenir une cicatrice fine et linéaire ; cependant, le rapprochement des deux lèvres va imprimer un maximum de tension au ventre du fuseau et un relâchement

du tissu au niveau des extrémités ; ceci va entraîner la formation de deux petites saillies, ou « pig ears », aux extrémités de la cicatrice ; ces saillies, négligeables et s'effaçant rapidement dans le cas d'un fuseau étroit, se révéleront plus importantes et même disgracieuses dans la mesure où l'angle du fuseau sera plus ouvert. Cette méthode ne peut donc être appliquée aux cicatrices arrondies ou ovalaires.

B. — *La plastie en étoile* (fig. 5).

Elle se propose de traiter les cicatrices arrondies ou ovalaires à court rayon. La résection cutanée se fait ici suivant deux fuseaux se croisant à angle droit ; après un large décollement des berges de la plaie, le rapprochement réalise une cicatrice en croix.

ETOILE



ETOILE DECALEE

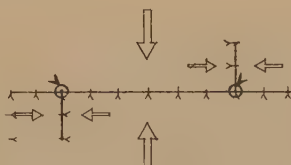
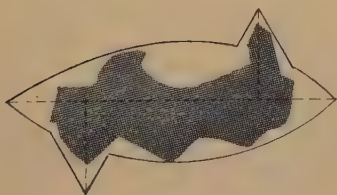


FIG. 5

Cette réparation de la perte de substance par glissement a pu sembler satisfaisante, car la tension est répartie dans deux directions perpendiculaires. Cependant, le point

central qui prend les sommets des quatre angles est celui où s'exerce le maximum de tension et, partant, il constitue une zone de moindre résistance où peuvent se produire de petites nécroses, facteurs de désunion.

Pour parer à ce défaut, on peut pratiquer une exérèse de telle manière que, dans la suture réalisée, les branches de la croix soient décalées (fig. 5). Il n'en persiste pas moins des jonctions à trois branches qui sont autant de points faibles.

C. — *Triangles opposés* (fig. 6).

Cet état de fait a conduit progressivement à reporter la résection aux extrémités du fuseau ; à chaque extrémité de ce dernier, on resèque un petit triangle de peau de manière à réaliser tout à la fois une bonne répartition de la tension dans les deux axes et une diminution de la longueur des deux berges à affronter. La saillie des extrémités est ainsi supprimée tandis que l'équilibre des forces reste satisfaisant.

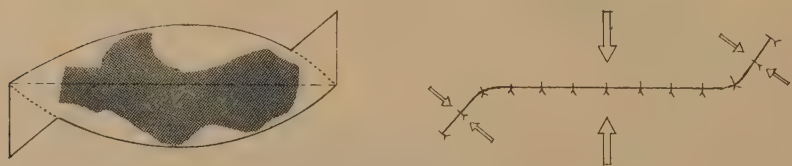


FIG. 6. — Triangles opposés

C'est donc une très bonne méthode s'appliquant bien aux cicatrices allongées ; elle entraîne néanmoins le sacrifice de deux petits triangles de peau saine ; en outre, elle ne peut être utilisée pour les cicatrices à court rayon.

D. — *Plastie en LIL ou lambeau en L pour losange* (fig. 7).

C'est une plastie d'enjambement se proposant de combler la perte de substance créée par l'exérèse d'une cic-

trice « ramassée » dont les deux axes sont de dimensions voisines.

La zone à réséquer s'inscrit dans un losange A.B.C.D. dont on prolonge l'un des côtés AD par exemple, ainsi que la petite diagonale ; puis, on trace la bissectrice de l'angle ainsi formé et l'on porte sur cette bissectrice une lon-

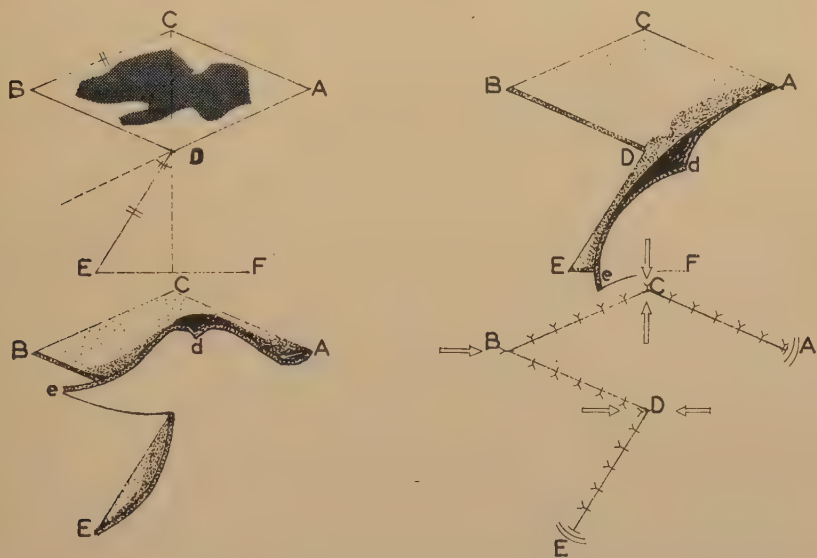


FIG. 7. — Lambeau en « L » pour losange

gueur DE égale au côté du losange. Du point E, on mène une parallèle à la grande diagonale du losange et l'on prend sur cette parallèle une longueur $EF = DE$. On obtient ainsi la figuration d'un lambeau ADEF qui viendra par rotation autour du point A, après avoir enjambé le lambeau BDE, combler la perte de substance créée par l'excision de la surface losangique ; cette rotation nécessite un large décollement du lambeau et de la surface avoisinante.

L'affrontement cutané est aisé car toutes les longueurs sont égales ; la répartition des tractions est parfaite car celles-ci se font dans les deux axes.

E. — Correction des cicatrices rétractiles.

Les méthodes que nous venons de voir s'adressaient aux cicatrices de toutes formes, qu'elles soient saillantes ou déprimées ; néanmoins, d'autres méthodes conviennent mieux lorsqu'on doit corriger une rétraction importante. Ce sont les plasties en « V Y », en « Z », en « W ».

a) *La plastie en « V Y »* (fig. 8). C'est une plastie par lambeau d'avancement permettant d'obtenir un allongement dans le sens vertical ; on peut être conduit à l'utiliser pour corriger une petite rétraction comme celle qui entraîne un léger ectropion palpébral cicatriciel.

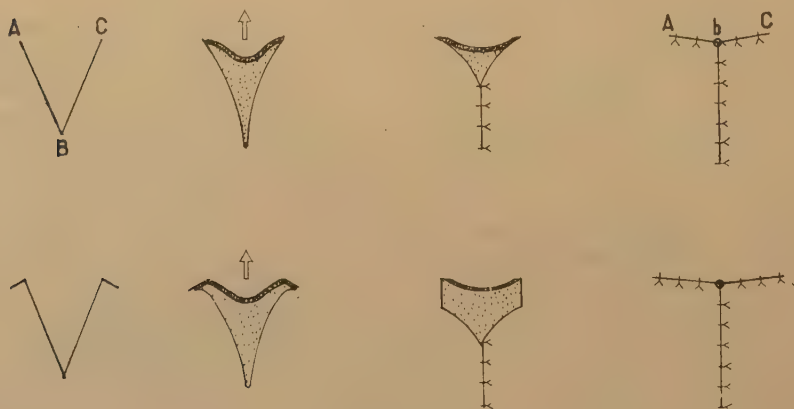


FIG. 8. — Plastie en « VY »

L'incision se fait en forme de V ; dès qu'il n'est plus maintenu par la cicatrice rétractile, le tissu situé à l'intérieur du V reprend sa place normale et ascendionne. On peut alors suturer l'incision initiale en « Y », ce qui permettra un allongement notable dans le sens vertical ; cet effet peut être plus marqué en pratiquant deux petits débridements latéraux à l'extrémité des branches du V.

Cette technique, de réalisation très simple, ne peut pourtant répondre aux rétractions importantes nécessitant un

apport de tissu ; d'autre part, elle ne permet pas de changer l'orientation de la tension.

b) *La plastie en « Z »*. Ces derniers objectifs peuvent être atteints par la plastie en « Z » (fig. 9). C'est une plastie de transposition ; son but est d'obtenir le relâchement d'une cicatrice rétractile et de permettre une bonne répartition des tensions. Le dessin des lambeaux doit être

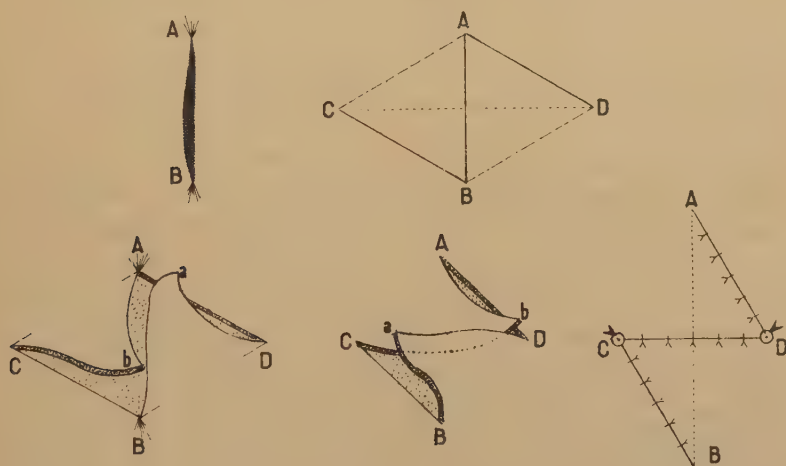


FIG. 9. — Plastic en « Z »

très minutieux, car c'est de leur dimension que dépendra l'allongement attendu.

Pour corriger une bride rétractile AB, on dessine de part et d'autre de AB des triangles équilatéraux : ACB et ADB ; la bride AB est excisée, puis on incise CB et AD de manière à figurer un « Z ». Chacune des lignes d'incision forme évidemment avec AB un angle de 60° ; on décolle la peau, créant ainsi deux lambeaux AbC et BaD. Ces lambeaux sont ensuite inversés de manière que le point a vienne en C et le point b en D. D'ailleurs, une fois les forces rétractiles levées, les deux petits triangles ainsi décollés tendent à prendre spontanément la nou-

velle position qu'on veut leur donner ; la suture les maintiendra dans cette position. Le moment le plus délicat de cette technique est celui où l'on va placer les points d'angles qui doivent prendre successivement une berge cutanée, le derme de la pointe du lambeau, puis l'autre berge.

Les deux triangles équilatéraux sont maintenant placés de telle manière que les diagonales du losange ainsi formé soient inversées. La distance AB est devenue égale à ce qu'était la distance CD, et l'effet d'allongement ainsi obtenu permet de relâcher la rétraction ; d'autre part, la nouvelle orientation de la cicatrice fait tourner l'axe de tension maximum de 90° et empêchera la rétraction de se reproduire.

On s'aperçoit alors qu'en augmentant l'angle que fait AB avec les deux lignes d'incision AD et CB, on peut augmenter l'effet d'allongement ; néanmoins, on ne peut s'éloigner beaucoup d'un angle de 60° et en présence d'une rétraction importante, on obtiendra un meilleur résultat en réalisant plusieurs plasties en « Z » superposées.

C'est donc une très bonne méthode car, outre sa réalisation simple, elle permet, le cas échéant, de ne traiter qu'une partie de la cicatrice et ceci sans aucun sacrifice de peau saine.

c) *La plastie en « W »* (fig. 10). C'est une plastie de glissement pouvant être appliquée à certaines cicatrices linéaires, longues, rétractiles et mal orientées comme il n'est pas rare d'en rencontrer au niveau de la joue.

La cicatrice en échelle de perroquet, où tous les points, trop serrés lors de la suture, ont laissé une marque indélébile d'un effet très disgracieux, en est une indication type.

On dessine, de chaque côté de la cicatrice, une série de dents de scie ou de petits créneaux englobant les points inesthétiques, de manière que les dents de scie situées de part et d'autre de la cicatrice s'imbriquent les unes dans les autres après excision du tissu cicatriciel et décolle-

ment des berges de la plaie. Les extrémités de cette plastie sont taillées de manière à réaliser deux petits triangles opposés dont la résection permettra d'éviter la formation d'oreilles ; ce type d'autoplastie locale permet d'obtenir non seulement un effet d'allongement, mais encore une cicatrice brisée dont la tension s'exercera dans des directions opposées, ainsi la rétraction ne pourra plus se reproduire. La suture de cette ligne brisée est cependant délicate et demande beaucoup de soin et de minutie.

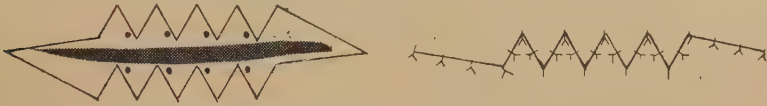


FIG. 10. — Plastie en « W »

F. — *Ponçage rotatif.*

L'indication type du ponçage rotatif est la cicatrice tatouée ou la plaie cicatricielle ; c'est une abrasion cutanée superficielle réalisée au moyen de meules convexes dont la surface est hérissée de fragments de rubis ou de diamant de dimensions variables ; ces meules, montées sur des pièces à main, sont entraînées par un moteur électrique à vitesse de rotation variable par l'intermédiaire d'un flexible ; leur pouvoir abrasif est fonction de la taille du grain, de sa distance au centre de la meule et de la vitesse de rotation.

Le ponçage doit être précédé d'une anesthésie cutanée superficielle, et l'adjonction d'une solution d'adrénaline permettra de diminuer le saignement en nappe. La technique doit être très douce, car la profondeur de l'abrasion est fonction de la vitesse de rotation, de l'angle d'attaque de la meule et de la pression. Pendant le ponçage, on refroidit la surface abrasée avec du sérum adrénaliné ; l'abrasion doit pourtant être suffisante pour détruire l'épiderme et le derme superficiel supprimant ainsi les lésions

cutanées ; mais elle doit respecter les annexes cutanées et le derme profond à partir desquels se fait la régénération cellulaire.

Pendant cette opération, la peau doit être tendue pour éviter de la déchirer au lieu de la raboter. En cours d'intervention, et à la fin de celle-ci, le tamponnement avec des compresses imbibées de sérum physiologique adrénaliné entraîne les débris du ponçage, les corps étrangers, et contribue à tarir le suintement sanguin.

Un pansement peu adhérent est enfin appliquée : tulle gras, gaze vaselinée ou gaze de cellophane.

La cicatrisation en nappe se fait sous la croûte et le pansement peut être enlevé du cinquième au dixième jour selon l'intensité du ponçage.

La zone cicatricielle présente au début une teinte rouge violacé qui s'estompe progressivement en plusieurs semaines ; sa disparition varie cependant avec la profondeur atteinte et selon les sujets.

L'utilisation correcte du ponçage demande un certain entraînement et ses indications doivent être soigneusement pesées pour se mettre à l'abri des incidents qui peuvent en résulter, tels les troubles de la pigmentation. Le résultat obtenu est souvent favorable ; le ponçage permet d'aplanir les plages cicatricielles et de faire disparaître le pigment le plus superficiel ; il devra être complété par l'exérèse limitée suivie de la suture des cicatrices déprimées et des particules les plus profondément tatouées.

5. Observations

Voir pages 45 à 55.



FIG. 11



FIG. 12

FIG. 11 et 12. — Mme Marie M., 45 ans

Chute de bicyclette, le 2-2-60.

Blessure par arpillons entraînant une cicatrice chéloïdienne et pigmentée du nez et de la lèvre supérieure.

Photo préopératoire 4 mois plus tard, le 25-5-60 (fig. 11).

Intervention le 14-6-60.

1° Exérèse de la plus grande partie de la cicatrice ténue du nez qui s'étend jusqu'aux os propres du nez d'où on s'efforce d'élever les parties pigmentées. La fermeture de la plaie est obtenue après décollement par rapprochement simple des berges, en contact de part et d'autre d'un petit lambeau triangulaire à sommet supérieur.

2° Exérèse elliptique et suture au niveau de la lèvre supérieure.

Photographie postopératoire 4 mois après l'intervention, le 5-10-60 (fig. 12).

TRIANGLES OPPOSÉS

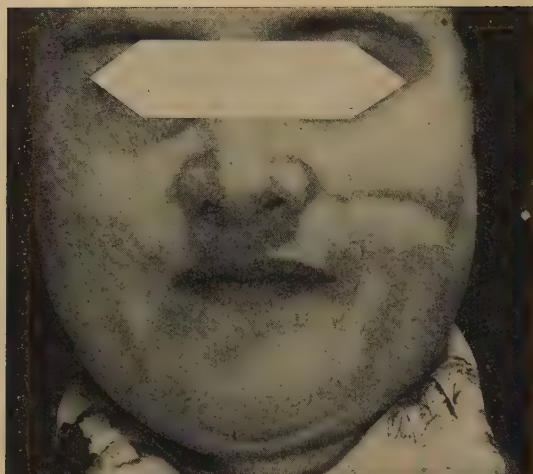


FIG. 13

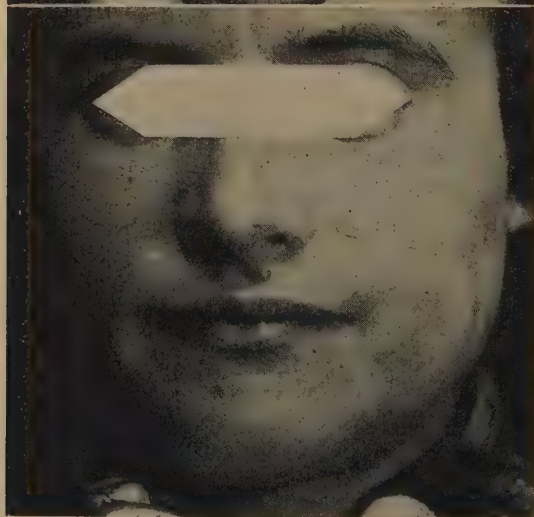


FIG. 14

FIG. 13 et 14. — Mme T...

Cicatrice déprimée et rétractile traitée par exérèse de triangles opposés.

Accident de voiture le 28-9-1958. Elle ne peut préciser l'agent contondant.

Très profonde blessure de la joue gauche suturée en urgence, mais, semble-t-il, la suture porte uniquement sur les plans superficiels.

Opérée le 27 juillet 1959. Exérèse suture de la cicatrice avec résection de deux petits triangles opposés aux extrémités.

Suture en 2 plans : un plan musculo-sous-cutané au catgut ; soie fine sur la peau.

Amélioration très importante de la cicatrice quand on voit le malade en mars 1960.

Photographie postopératoire. (Après l'intervention quelques séances d'ionisation alternée calcique et iodurée ainsi que des massages.)

LAMBEAU EN L POUR LOSANGE

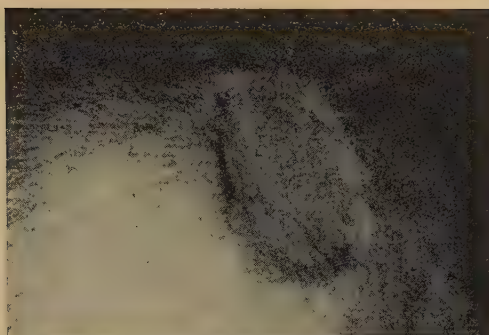


FIG. 15



FIG. 16



FIG. 17

FIG. 15, 16 et 17. -- Mme P...

Accident de voiture le 23-3-1963.

Mme P... percute dans le pare-brise; le disque de sécurité du pare-brise a détaché un lambeau du front et du cuir chevelu.

On pratique en urgence une suture artérielle et l'on met en place une greffe mince prise sur la cuisse gauche.

La première photographie du 21-5-1963 (fig. 15) montre une bonne cicatrisation; cependant la greffe qui s'est bien rétractée reste déprimée et d'une coloration différente des téguments voisins.

Ablation de la greffe et réparation par LLL le 28-6-63.

En octobre 1963. Résultat satisfaisant malgré un peu de pigmentation et l'adhérence en profondeur d'une partie de la cicatrice (fig. 17).



FIG. 18



FIG. 19

FIG. 18, 19 et 20.

Mlle Antoinette M..., 29 ans

Accident de voiture à l'âge de 13 ans.

Blessure de la paupière inférieure suturée en urgence.

Lorsque la malade est vue 16 ans plus tard : il existe au niveau de la paupière inférieure gauche un léger ectropion et un épicanthus externe.

Photographie avant l'intervention le 14-1-57 (fig. 18).

Intervention le 12-3-57.

1° Au niveau de l'épicanthus, plastie en Z, suture, points séparés, soie noire, 000.

2° Exérèse en V renversé à la surface cicatricielle au niveau de la paupière inférieure gauche ; le sommet du V correspond au rebord ciliaire non pourvu de cartilage en raison de la lésion antérieure du cartilage tarse.



FIG. 20

Fermeture de la brèche cutanée en Y inversé, points séparés, soie noire 000.

Photographie 7 mois après l'intervention le 28-10-57 (fig. 19).

CICATRICE EN U



FIG. 21

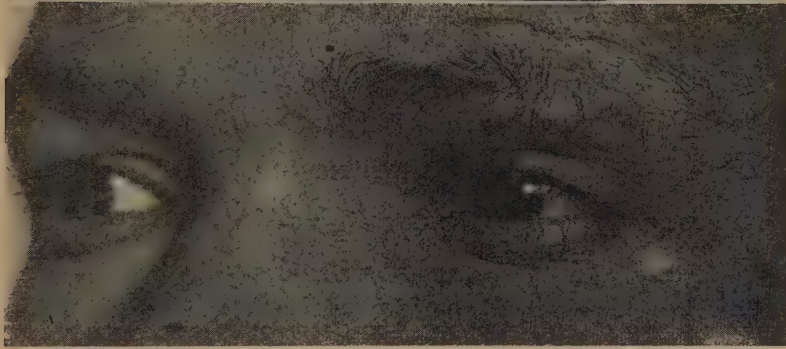


FIG. 22

FIG. 21 et 22. — M. B... Larbi, 25 ans

Blessure de l'arcade sourcilière par bobine de câble le^e 4-7-58 ; la plaie, non suturée, laisse un sourcil très déformé :

- saillie d'un lambeau palpébral en U,
- déplacement de la partie médiane du sourcil.

Photographie préopératoire le 30-7-58 (fig. 21).

Intervention le 5-8-58, un mois après la blessure.

1° Excision de la cicatrice en U dont on décolle la berge supérieure qui est reséquée sur quelques millimètres. Il en résulte une perte de substance comblée par une greffe de peau totale prélevée au niveau de la paupière supérieure droite.

2° La portion déplacée du sourcil est remise en place par un lambeau de transposition en Z ; les deux lambeaux étant après inversion suturés bord à bord au nyloncé 000, points séparés.

Quelques injections locales d'hydrocortisone sont pratiquées après cette intervention.

Photographie postopératoire 3 mois après l'intervention le 8-11-58 (fig. 22).

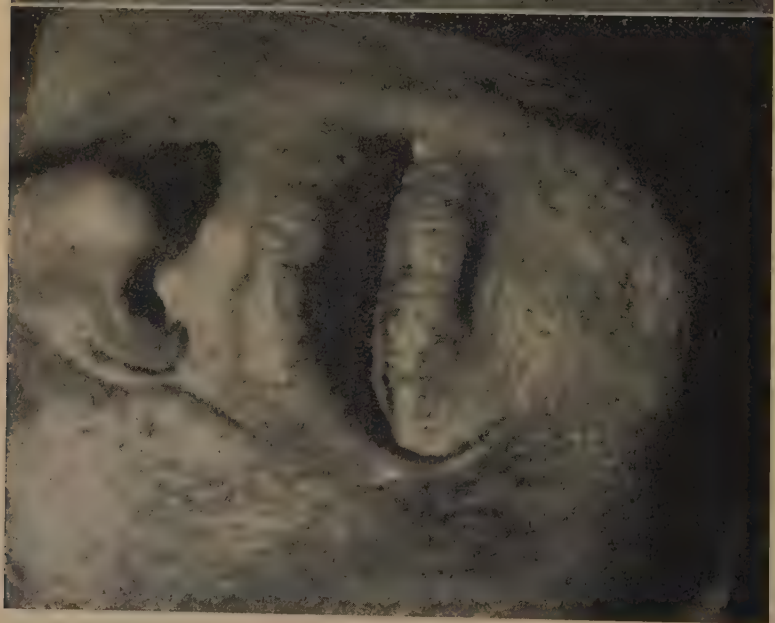


FIG. 23



FIG. 24



FIG. 25

FIG. 23, 24 et 25. — M. Francesco C., 23 ans

Brûlure du visage à l'âge de 7 mois.

Formation d'une cicatrice rétractile formant bride partant de la commissure labiale droite et se dirigeant en bas et en dehors et d'une autre cicatrice rétractile du sillon naso-génien.

Photographie préopératoire (fig. 23), le 12-12-57.

Intervention le 9-1-58.

1° Au niveau de la cicatrice rétractile partant de la commissure labiale droite et formant bride, on pratique deux plasties en Z superposées. Suture, points séparés à la soie fine.

2° Au niveau du sillon naso-génien, on corrige la cicatrice rétractile par un lambeau prélevé verticalement en dehors du sillon naso-génien que l'on bascule horizontalement pour le placer sous l'insertion de l'aile du nez. Suture à la soie fine, points séparés.

Photographie (fig. 25) prise 4 ans après l'intervention.

PLASTIE EN W

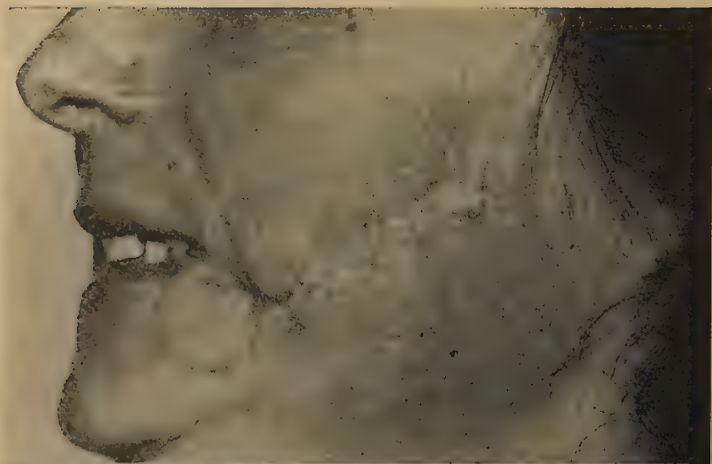


FIG. 26

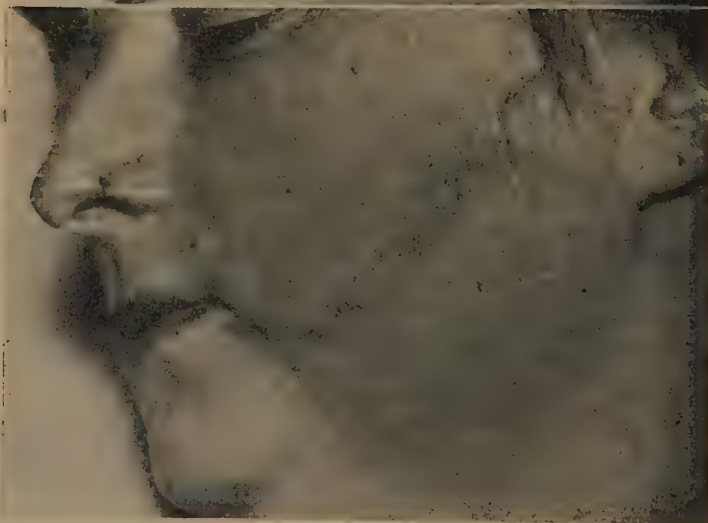


FIG. 27

FIG. 26 à 30. — Mlle Michèle P..., 25 ans

Accident de voiture le 29-4-59.

Blessure par pare-brise entraînant une cicatrice fibreuse et rétractile de la joue gauche allant de la commissure gauche jusqu'à la région malaire.

En haut, photographies préopératoires 6 mois après la blessure, le 21-10-59 (fig. 26 et 28).

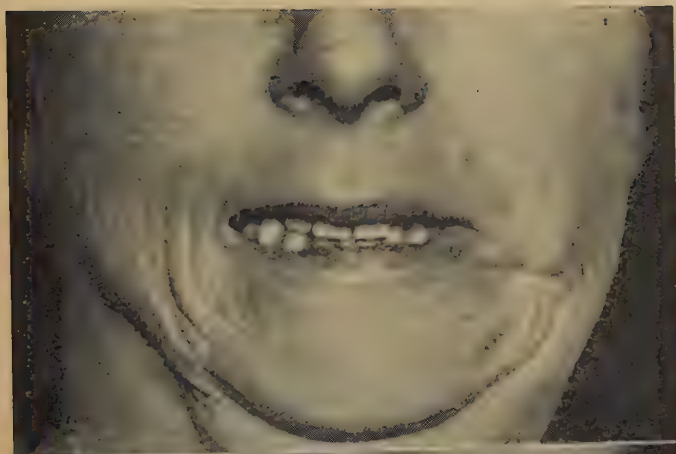


FIG. 28

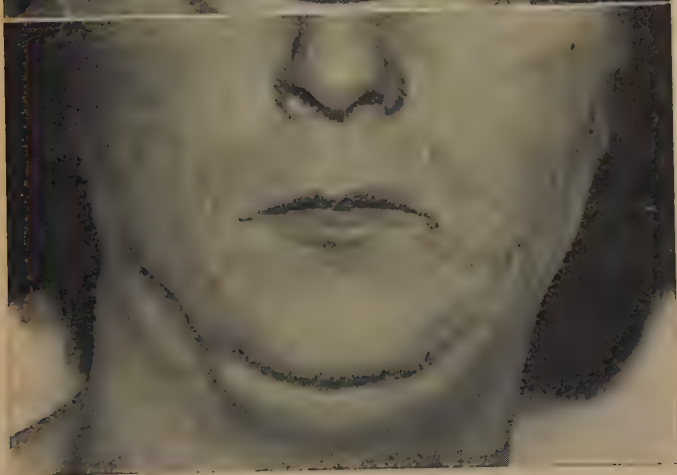


FIG. 29

Intervention le 22-12-59, 8 mois après la blessure : Exérèse en W suivie de suture à points séparés.

En bas, photographies postopératoires le 3-2-60, six semaines après l'intervention (fig. 27 et 29).



FIG. 30

PONÇAGE ROTATIF



FIG. 31



FIG. 32

FIG. 31 et 32. — M. Jean-Pierre H..., 20 ans

Le 28 juin 1959, blessure de la joue gauche par des débris de pare-brise. Formation d'une plaque cicatricielle occupant la totalité de la joue gauche. Photo préopératoire le 9-9-59, 2 mois 1/2 après l'accident (fig. 31). Intervention le 20-10-59, 4 mois après la blessure.

1° Extraction d'un morceau de verre « Sécurité » au niveau de la partie moyenne de la joue.

2° Ponçage au moyen d'une meule rotative de toute la joue.

3° Au milieu de la zone poncée, on pratique l'exérèse des parties qui restent les plus saillantes (4 incisions en croissant) et après décollement des berges, les sutures sont faites en soie noire 000, points séparés.

Photographie postopératoire le 24-2-62, deux ans après l'intervention (fig. 32).



FIG. 33 et 34. — Enfant Jean-Sylvain L., 8 ans

Morsure de la lèvre inférieure avec perte de substance : un lambeau de lèvre est enlevé, le 24-8-59.

Intervention le 24-8-59 : excrèse de la plaie avec sacrifice du muscle orbiculaire. Après décollement des berges, on fait une suture en 3 plans.

Au niveau de la lèvre blanche, pour éviter une rétraction, on fait une plastie en Z.

Le 15-10-59, environ 2 mois après l'intervention, la lèvre est en place, mais la cicatrice est rouge et saillante (fig. 33).

Du 15-10-59 au 10-3-60, l'enfant reçoit 12 infiltrations d'hydrocortancyl, soit une dose totale de 300 mg.

Nouvelle photographie le 10-3-61 (fig. 34).

CONCLUSION

S'il existe diverses méthodes de correction, aucune d'entre elles, comme on a pu le constater, n'est exactement adaptée à telle ou telle cicatrice ; chaque cas particulier pose un problème nouveau au chirurgien qui doit se plier aux circonstances et faire preuve d'imagination. Les diverses méthodes proposées, loin de s'exclure peuvent être utilement combinées.

Ainsi, une cicatrice linéaire rétractile, même longue, pourra devenir presque invisible après qu'on l'aura brisée par une plastie en « Z ». De même, une cicatrice en « U » ne devra jamais être traitée dans son ensemble sous peine de voir se reproduire la même déformation concentrique des téguments. Il ne faudra d'abord inciser qu'une seule branche de l'« U » et, après décollement de la berge du lambeau, pratiquer un dégraissage profond, suivi de la suture de la plaie ; un second temps sera en principe nécessaire, deux à trois mois plus tard, pour traiter l'autre branche de cette cicatrice.

Cet exemple nous montre que la correction d'une cicatrice peut exiger plusieurs temps opératoires : tel est également le cas pour les zones cicatricielles dont l'exérèse entraînerait une brèche trop large pour être heureusement corrigée en une seule fois. On peut en extirper une partie dans un premier temps puis, l'élasticité de la peau ayant joué, une nouvelle exérèse sera possible et ainsi de suite jusqu'à l'extirpation totale de la cicatrice.

Une nouvelle cicatrice est maintenant créée. Même si le résultat immédiat est très bon, il faudra attendre, pour

juger de l'effet produit, que s'éteigne le processus inflammatoire physiologique. On peut favoriser l'extinction de ce dernier en prescrivant des massages cutanés journaliers au moyen de modificateurs du tissu conjonctif, telles les pommades aux corticoïdes.

Dans un très petit nombre de cas, certaines cicatrices présenteront, malgré un traitement correct, une tendance hypertrophique, voire cheloïdienne ; dans de tels cas, un bon résultat a pu être obtenu à la suite d'infiltrations précoces d'une solution d'hydrocortisone dans la zone cicatricielle.

Les clichés photographiques qui précèdent, et qui tous ont trait à la réparation de cicatrices vicieuses, montrent d'une façon spectaculaire le précieux concours que peut apporter à la nature une technique en progrès continu et que la multiplicité des accidents, dus à l'usage croissant de l'automobile et de la machine en général, a largement contribué à faire évoluer au cours des dernières années, ajoutant un nouveau chapitre à la pathologie chirurgicale.

Mais si l'objet principal de cette étude est la réparation des cicatrices défectueuses, la connaissance approfondie de celles-ci, et plus spécialement de leurs causes, doit permettre, dans de nombreux cas, d'éviter leur formation par une conduite habile, et aussi précoce que possible, du traitement initial. On rappellera qu'on ne doit pas renoncer à pratiquer une suture correcte fût-ce quelques heures après le traumatisme, si d'autres soins plus urgents ont motivé ce retard.

Privé du temps de réflexion qu'il est en mesure de s'accorder dans l'hypothèse d'un traitement secondaire, pour décider du mode d'intervention le plus approprié, le praticien devra ici faire appel avec lucidité à toutes les ressources de l'expérience acquise lors de la réparation des cicatrices vicieuses, afin de pouvoir appliquer d'emblée le traitement convenable.

Il ne perdra jamais de vue que l'une des principales causes de succès est le nettoyage des plaies, qui doivent être débarrassées d'une manière absolue des particules, si infimes soient-elles, de corps étrangers qui y seront presque toujours incluses ; et, d'autre part, il ne devra pas être tenté de rapprocher à tout prix les bords de la plaie au risque de provoquer, en cas de perte de substance, une cicatrice rétractile.

Nonobstant ce qui vient d'être dit de l'importance d'une bonne intervention initiale, le traitement correcteur secondaire reste pleinement justifié, même en l'absence de toute gêne fonctionnelle, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une cicatrice entraînant pour le patient un préjudice esthétique appréciable, dont les graves répercussions psychiques, professionnelles et sociales ne doivent pas être mésestimées ; et c'est ainsi qu'il sera fait appel au plasticien non seulement par l'intéressé ou par son entourage, mais, de plus en plus fréquemment, par le psychiatre lui-même.

Ici le rôle du praticien devient particulièrement délicat et ingrat car le résultat, si satisfaisant soit-il, sera rarement parfait et le patient, rendu exigeant par le complexe d'infériorité dont il est inévitablement atteint, devra être dûment prévenu de ce qu'il peut attendre d'un traitement chirurgical qui demandera beaucoup de temps, de soin et de patience.

Ces indispensables réserves étant faites, l'expérience prouve, fort heureusement, que dans l'état actuel de la technique un immense soulagement peut être procuré aux porteurs de cicatrices qui, presque toujours, le reconnaissent et s'en montrent satisfaits.

Il n'en faut pas davantage pour récompenser le plasticien et l'inciter à persévérer dans son effort pour rendre à son prochain le goût de vivre, en se rappelant que le Créateur a voulu faire l'homme à son image.

Vu : *Le Doyen,*

G. CORDIER.

Vu : *Le Président de These,*

A. SICARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	11
Rappel anatomo-physiologique	15
Physiologie de la cicatrisation	20
1. Cicatrisation par première intention	20
2. Cicatrisation par seconde intention	22
3. Extinction du processus cicatriciel	24
Correction chirurgicale des cicatrices	26
1. Causes des cicatrices vicieuses	26
2. Classification des cicatrices	28
3. Technique opératoire générale	32
4. Méthodes de correction	35
5. Observations	44
CONCLUSION	57

Librairie ARNETTE à Paris
N° d'édition 25/1964

Imp. Bosc Frères, Lyon - Dépôt légal n° 3336 - 3^e trimestre 1964

